

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DE LA CURE RADICALE
DE LA HERNIE INGUINALE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DELARIS

Né le 22 Septembre 1869, à Perpignan (Pyrénées-Orientales)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1892

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DE LA CURE RADICALE
DE LA HERNIE INGUINALE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DELARIS

Né le 22 Septembre 1869, à Perpignan (Pyrénées-Orientales)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	PERRET.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	LINOSSIER.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. WEILL et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	X.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	PERRET.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	LINOSSIER.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. WEILL et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAITRES
De la Faculté de Médecine de Lyon.

A MES MAITRES
De l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons vu opérer un nombre considérable de hernies inguinales non étranglées chez l'homme, et par contre, un nombre très restreint (à peine deux ou trois opérations) de hernies inguinales chez la femme. La raison de ce fait tient peut-être à ce que les femmes considèrent encore une hernie, non seulement comme une infirmité, mais comme une affection indécente et honteuse et hésitent à la dévoiler et à réclamer une intervention chirurgicale. Elles ont grand tort, car ainsi qu'il nous a été permis de le constater, l'opération donne chez elles des résultats irréprochables. M. le professeur Poncet nous proposa de mettre en relief l'innocuité absolue d'une opération dont la femme retire des bénéfices encore plus grands que l'homme, et de montrer l'excellence de ses résultats immédiats et éloignés. Nous avons été amené

ainsi à cette conclusion pratique qui se dégage de l'ensemble de notre travail, et qui est l'opinion de M. le professeur Poncet : *Du seul fait qu'une hernie inguinale existe chez la femme, on doit chercher à en obtenir la guérison par la cure radicale.*

Dans un premier chapitre, nous exposerons les particularités anatomiques et anatomo-pathologiques qui semblent toutes concourir à rendre cette opération inoffensive et à assurer une guérison solide et définitive. On ne trouvera point d'historique : c'eût été une témérité bien grande de notre part de reprendre cette question, traitée antérieurement d'une façon si remarquable par M. Segond dans sa thèse d'agrégation.

Dans le deuxième chapitre nous établissons un parallèle entre la cure radicale et les divers autres moyens de traitement de la hernie inguinale, et nous cherchons à établir la supériorité du premier comparé aux inconvénients et aux dangers des seconds.

Le troisième chapitre est l'exposé des indications et des contre-indications de l'opération. Nous aurions pu dire quelques mots du procédé opératoire employé par M. le professeur Poncet, et qui est celui préconisé par M. Lucas-Championnière ; mais ce dernier a, plusieurs fois, exposé en détail les divers temps de son opération et il nous a paru inutile d'en recommencer une description qui eût été, forcément, identique.

Dans un quatrième et dernier chapitre, nous envisa-

geons les résultats immédiats et éloignés de l'opération.

Il est un usage, juste entre tous, qui veut qu'au début de sa thèse, tout candidat remercie les excellents maîtres, qui, par leurs conseils et leur expérience, l'ont aidé dans la tâche que, sans eux, il n'eût peut-être pas réussi à mener à bonne fin. C'est avec joie que je me conforme à cette tradition, en adressant ici mes remerciements sincères à mon maître, M. le professeur Poncet, pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu me guider dans le choix de mon sujet et pour l'affabilité extrême avec laquelle il m'a toujours accueilli. Nous tenons aussi à lui affirmer toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Jaboulay nous permette de le remercier d'avoir mis si gracieusement à notre disposition l'observation d'une de ses malades.

Nous adressons enfin tous nos remerciements à nos maîtres des Facultés de Lyon et de Bordeaux pour les leçons que nous en avons reçues.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DE LA CURE RADICALE

DE LA HERNIE INGUINALE

CHEZ LA FEMME

CHAPITRE PREMIER

**De la hernie inguinale de la femme en général,
Conditions spéciales de cette hernie
favorisant, toutes, le succès de la cure radicale.**

Tous les auteurs étudient simultanément la hernie inguinale dans l'un et l'autre sexe, et lorsqu'ils parlent de la hernie de l'homme, ils cherchent un rapport quelconque avec celle de la femme.

Nous nous efforcerons d'établir que, chez la femme, à cause même des caractères distinctifs de sa hernie, d'abord les indications de la cure radicale sont plus urgentes et plus nombreuses que chez l'homme; ensuite, que les bénéfices que l'on retire, chez elle, de la cure radicale sont plus considérables; enfin et surtout, que la cure radicale est susceptible de donner des résultats plus satisfaisants.

La hernie inguinale est la tumeur que forment les viscères contenus dans l'abdomen en s'échappant à travers le canal inguinal. Le canal inguinal présente chez la femme

des particularités anatomiques, intéressantes à noter au point de vue spécial de la hernie et de la cure radicale. Tandis que chez l'homme le canal inguinal a une longueur d'environ 3 centimètres, chez la femme il est beaucoup moins large et un peu plus long. Ce détail d'anatomie est important. Est-ce que ces deux conditions, diminution de largeur et augmentation de longueur ne seraient pas la cause de la plus grande fréquence de l'étranglement de la hernie inguinale ? On sait en effet que les femmes sont relativement plus sujettes à cet accident que les hommes : presque autant d'étranglements (Textor, Gosselin) pour beaucoup moins de hernies.

Le contenu du canal inguinal diffère également : ainsi que le fait le cordon spermatique chez l'homme, le ligament rond de l'utérus traverse le canal inguinal de la femme et vient se terminer dans l'épaisseur de la grande lèvre. En s'engageant dans le canal inguinal, le ligament rond attire parfois avec lui une portion du péritoine qui constitue un petit conduit séreux, connu sous le nom de *canal de Nück*¹. Nück est le premier qui ait observé l'existence de ce canal : on en trouve la description dans son *Adenographia curiosa et uteri feminei anatome nova*, Leyde, 1691. L'oblitération du canal de Nück se fait à des époques très variables. Cette oblitération s'opère par la constitution de cloisonnements complets ou incomplets, formés par des brides, des replis semi-lunaires, des diaphragmes saillants dans la cavité du sac. Camper, Ferré et Hugo Sachs ont prouvé que le canal de Nück pouvait ne pas être oblitéré.

¹ Le canal péritonéo-vaginal par Ramonède. Thèse de Paris 1883.

Cette persistance de la perméabilité du canal de Nück est une prédisposition anatomique à la hernie inguinale. Et en effet, la hernie inguinale est, chez la femme, la variété la plus fréquente de hernie : il ressort des statistiques de Malgaigne, de Monnikoff d'Amsterdam, de Mathey d'Anvers, qu'elle se rencontre beaucoup plus souvent que la hernie crurale, bien qu'on croie généralement que la hernie crurale soit, chez la femme, la variété la plus commune.

Il y a deux espèces de hernies inguinales : les unes se font à la faveur de la persistance de la perméabilité du canal de Nück et on les appelle *hernies congénitales* ou à *canal ouvert* ; les autres, dites *hernies acquises* ou à *canal fermé*, ne rencontrant pas de trajet préformé, refoulent devant elles le *fascia transversalis*, à moins qu'elles n'y trouvent une éraillure à travers laquelle elles font issue.

Chez la femme, la hernie inguinale est presque toujours, sinon toujours congénitale.

Un caractère de congénitalité est l'existence du ligament rond dans la paroi du sac. Le sac séreux se creuse en gouttière en quelque sorte. Le revêtement séreux du ligament est tellement confondu avec ses fibres qu'il en est absolument inséparable et le ligament prolonge en quelque sorte le sac jusque dans la grande lèvre. Une autre preuve de congénitalité est la présence de séries de petits kystes existant au-dessous de la cavité herniaire proprement dite et la prolongeant jusqu'à la grande lèvre ; ces kystes, décrits par Weichselmann sous le nom d'*hydrocèle chez la femme*, sont dus aux cloisonnements du sac séreux.

Ces deux caractères se rencontrent la plupart du temps

dans la hernie inguinale de la femme. On ne peut nier, dans ces conditions, qu'elle soit congénitale, alors même que cette hernie ne s'est produite que longtemps après la naissance.

Or, comme nous le démontrerons par la suite, à tous les points de vue, la hernie congénitale est le meilleur champ opératoire.

Dans toute hernie on distingue :

- 1° Le sac;
- 2° Le contenu.

1° Le *sac herniaire* dans la hernie inguinale de la femme est plus épais et plus vascularisé que chez l'homme; en outre, il présente des rapports intéressants avec le ligament rond. Dans la hernie congénitale, le ligament rond est intimement accolé au sac; dans la hernie accidentelle, le ligament rond est tout à fait indépendant.

Le fond du sac s'arrête à une hauteur plus ou moins élevée sur le ligament rond. On peut trouver la pointe de hernie, la hernie inguino-interstitielle et la hernie labiale qui correspond au bubonocèle; mais la hernie inguinale de la femme est presque toujours inguino-interstitielle; elle descend rarement dans la grande lèvre.

2° Le *contenu de la hernie* peut être, comme chez l'homme, l'épiploon, l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice iléo-cæcal, le côlon, l'S iliaque, la vessie (entéro-cèle, épiplocèle, entéro-épiplocèle, cystocèle). Mais un fait intéressant dans l'histoire des hernies de la femme est la présence des annexes de l'utérus ou de l'utérus lui-même dans l'intérieur du sac herniaire.

CHAPITRE II

Divers traitements de la hernie inguinale déjà employés. Taxis. Bandages. De la cure radicale. Ses avantages.

La confusion des hernies étranglées et des hernies non étranglées doit être soigneusement évitée, lorsqu'on parle de cure radicale.

La cure radicale est l'intervention chirurgicale dans le cas de hernie non étranglée ; la kélotomie est l'opération de la hernie étranglée.

Il y a quelques années, tout chirurgien entreprenant la cure opératoire d'une hernie non étranglée était classé parmi les audacieux. « Si les simples bandages suffisent, disait Malgaigne, que dire d'opérations douloureuses, laissant après elles des stigmates ineffaçables et qui toutes ont déjà compté des morts ? Que les chirurgiens appliquent la grande loi de la morale universelle qui défend de faire à autrui ce que l'on ne voudrait pas souffrir soi-même¹. »

¹ Malgaigne, Leçons sur les hernies, recueillies par Gelez, Paris, 1841.

Depuis ce temps, l'opinion des chirurgiens a changé. On n'en est plus à considérer cette opération comme une tentative criminelle, et ce revirement dans les idées doit être attribué aux immenses progrès de la chirurgie antiseptique. Néanmoins, on continuera longtemps encore à porter bandage ; et cependant, pour la femme encore plus que pour l'homme, le bandage est inutile, le bandage est douloureux, le bandage est dangereux.

Le bandage est inutile : la guérison de la hernie par cet appareil est, chez la femme en particulier, un rêve dont il est inutile de poursuivre la réalisation : nous avons noté en effet dans notre premier chapitre que, chez elle, la hernie inguinale *congénitale* était à peu près la règle ; dans ces conditions, *a priori*, une guérison définitive par le bandage est impossible.

Le bandage est douloureux : d'abord parce que la hernie est elle-même douloureuse et que la moindre pression exagère cette douleur. De plus, pour une femme, un bandage est une gêne et un supplice. Le port du bandage est en effet plus difficile pour la femme que pour l'homme : le poids des jupes entraîne et déplace sans cesse le bandage, qui n'est plus maintenu et devient inutile. L'axiome énoncé par Trélat lui est dès lors applicable : « Toute hernie qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale. » En outre, la femme a un tissu cellulaire plus abondant, une peau plus fine, par suite la pression du bandage provoque plus facilement chez elle des érythèmes et des excoriations au voisinage de la grande lèvre.

Le bandage est dangereux : il expose à l'étranglement en rétrécissant et en durcissant le canal herniaire.

Le taxis est l'opération manuelle ayant pour but de refouler la hernie, de la faire rentrer dans le ventre. M. le professeur Poncet est l'adversaire implacable de cette manœuvre aveugle, plus ou moins brutale, contusionnant la masse herniée et prédisposant ainsi à l'inflammation¹. Le taxis doit être, en principe, rejeté impitoyablement dans tous les cas, en raison de ses dangers, de son impuissance.

Quant aux procédés de traitement, cherchant à obtenir l'oblitération du trajet de la hernie par un processus inflammatoire et cicatriciel (injections iodées de Velpeau, acupuncture de Bonnet, séton de Mosner, scarification de J. Guérin, injections péri-herniaires de Schwalbe, Luton, Warren, etc.), il me semble inutile de reprendre à propos de chacun d'eux une discussion qui depuis longtemps est épuisée.

Plus encore chez la femme que chez l'homme, la cure radicale, voilà le vrai, l'unique traitement de la hernie inguinale.

« J'estime, dit Lucas Championnière, qu'on ne devrait jamais laisser persister une hernie chez une jeune fille. Le port d'un bandage la déprécie d'une façon terrible, la décourage. La situation d'une jeune fille affectée de hernie est, en vérité, particulièrement cruelle². »

Or, la cure de la hernie chez la femme se présente dans des conditions spécialement favorables et avec des indications d'urgence à elles propres. Il est certain que ce

¹ Professeur Poncet, Cours magistral de médecine opératoire sur les hernies, 1891.

² Lucas Championnière, Cure radicale des hernies, 1892.

n'est pas une opération aussi urgente que la kélotomie : mais on ne peut pas dire que ce soit une *opération de complaisance*. Sans déterminer les accidents graves qui mettent l'existence en péril, la hernie inguinale de la femme est néanmoins le siège de douleurs très vives et la source de malaises assez persistants et assez marqués pour qu'on puisse la considérer non plus comme une simple infirmité, mais comme une véritable maladie.

Pourquoi dès lors ne pas proposer toujours l'opération ou la refuser à une jeune fille qui la réclame ? Toute femme qui demande l'intervention en devient justiciable, voire même quand l'opération n'a d'autre excuse que le désir de se marier sans porter bandage. D'ailleurs, en agissant de la sorte, le chirurgien n'obéit-il pas à la grande loi thérapeutique qui veut qu'on puisse toujours recourir à une opération chirurgicale pourvu qu'elle soit plus sûre, plus efficace que tout autre remède et qu'elle ne soit pas la source de plus de souffrances et de plus de dangers que la maladie à laquelle on l'oppose ?

Or, n'est-ce pas le cas particulier : d'un côté une hernie, incurable par tout autre moyen que la cure radicale, puisqu'elle est congénitale ; une hernie très susceptible de s'étrangler, de par la disposition anatomique du canal inguinal de la femme ; une hernie presque toujours douloureuse, à cause de ses relations avec les organes génitaux internes ; d'un autre côté une opération très simple et absolument inoffensive, et une opération donnant des résultats immédiats et éloignés excellents.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications

Chez la femme, il n'y a pas de contre-indications spéciales absolues à l'opération de la cure radicale, en dehors des contre-indications générales à toute intervention chirurgicale, l'âge et les cachexies. Nous sommes convaincu que, pour « tout chirurgien aseptique, ayant bonne tête et vaillante main », suivant l'expression de M. Tilanus, la cure radicale de la hernie inguinale est une opération inoffensive et qui n'offre pas chez la femme les mêmes dangers opératoires que chez l'homme.

Chez l'homme, la résection totale et très complète du sac, de manière à faire la ligature très élevée de son collet peut conduire à la castration.

On ne peut nier qu'il soit parfois impossible de disséquer le sac des hernies inguinales sans compromettre les éléments du cordon et par conséquent la vitalité du testicule. Chez la femme, ces difficultés opératoires n'existent pas ; on peut et on doit, ainsi que le pratique toujours M. le professeur Poncet, sectionner le ligament rond.

Cette résection n'entraîne aucun trouble dans la statique de l'utérus, pourvu, naturellement, que l'utérus soit dans sa situation normale, avant la résection. Il est probable que le ligament se réinsère à la face profonde de la paroi abdominale et que cette insertion cicatricielle lui suffit pour continuer à maintenir l'utérus.

Cependant tout dernièrement, M. Chaleix¹ a communiqué à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux un cas de dystocie pendant la délivrance qui semble démontrer que le raccourcissement des ligaments ronds n'est pas sans inconvénient sur la marche des grossesses ultérieures. Il s'agit d'une femme de vingt-et-un ans chez laquelle on dut pratiquer l'opération d'Alexander pour corriger une rétro-déviatiou utérine, cause d'accidents sérieux.

La malade devint enceinte huit mois après. La grossesse et l'accouchement se firent sans encombre, mais la délivrance fut très laborieuse, l'hémorragie abondante, et le placenta dut être enlevé artificiellement non sans difficulté.

M. Chaleix estime que l'on doit établir une relation causale entre cette dystocie et l'opération chirurgicale. Nous n'avons pas à coup sûr l'expérience et la science nécessaires pour donner une opinion ferme sur cette question ; mais il nous semble plus légitime d'admettre que cette dystocie de la délivrance a été causée, plutôt par une malformation utérine, indépendante de l'intervention, et existant concomitaument avec la rétro-déviatiou, ou pro-

¹ Chaleix, Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, novembre 1892.

voquée par elle, que par le raccourcissement du ligament rond incapable de produire à lui tout seul une semblable anomalie de la cavité utérine.

On peut donc affirmer que peu d'opérations chirurgicales ont une bénignité aussi grande que la cure opératoire de la hernie inguinale de la femme ; aussi peu d'opérations comportent des indications aussi nombreuses.

Il y a d'abord des indications d'ordre général, au point de vue physique et au point de vue moral.

Dès qu'une hernie existe, il n'y a pas seulement infirmité douloureuse et incurable ; la femme est exposée à chaque instant, de par la disposition anatomique de son canal inguinal, à tous les accidents graves qui, sous les noms successifs d'engouement, de pseudo-étranglement, de péritonite herniaire, enlevaient autrefois un trop grand nombre de malades. Les statistiques de Malgaigne ont nettement démontré que la population des hernieux disparaît quatre fois plus vite que la population ordinaire, qu'après soixante-quinze ans il meurt sept fois plus de hernieux qu'autres. Cette remarque semble encore plus vraie pour la femme que pour l'homme ; la déchéance organique est en effet plus rapide à venir chez la femme que chez l'homme. Toute femme porteur d'une hernie s'immobilise de plus en plus, devient obèse, emphysémateuse, redoute une grossesse, et un nombre vraiment considérable d'entre elles deviennent albuminuriques ou diabétiques.

Il faut encore considérer certaines raisons morales et certaines convenances sociales qui font qu'une femme a tout intérêt à vouloir être débarrassée de cette infirmité qui peut empêcher le mariage. Les Compagnies d'assu-

rance sur la vie considèrent les hernies comme un motif d'empêchement de contrat. Richelot cite le cas d'une jeune fille qui vit son mariage rompu dès que le futur apprit qu'elle portait une hernie, et Beigel rapporte l'observation d'une femme atteinte de hernie inguinale double chez laquelle les rapports sexuels étaient tellement douloureux qu'ils durent être interdits.

Mais à côté de ces indications générales qui engagent à pratiquer la cure radicale, il en est certaines autres, plus particulières, qui l'imposent. Dans ces conditions, ce doit être un devoir pour le chirurgien d'intervenir. Ce sont ces indications plus urgentes que nous allons maintenant passer en revue.

La tendance à l'accroissement, favorisée chez la femme par la grossesse, nous paraît une première indication sérieuse de l'opération.

Comme seconde indication pour décider à l'intervention de la hernie inguinale chez la femme, on doit considérer que l'immense majorité de ces hernies sont douloureuses. La hernie inguinale de la femme est douloureuse à cause des relations qu'elle a avec les organes génitaux internes. Quand c'est l'ovaire qui constitue le contenu herniaire, la masse herniée est tout naturellement douloureuse ; mais même dans les cas où il n'y a pas de hernie ovarienne, les tiraillements exercés sur l'ovaire et sur la trompe sont bien de nature à occasionner de vives douleurs. Ces douleurs constantes sont augmentées périodiquement par les congestions menstruelles.

Une troisième indication de la cure radicale et l'irréductibilité. L'irréductibilité est fréquente dans la hernie inguinale de la femme.

Enfin, il y a indication urgente à intervenir toutes les fois que le contenu herniaire est constitué par l'ovaire, la trompe ou l'utérus. Et ceci pour ce fait clinique, fréquemment observé, que ces organes ectopiés depuis longtemps subissent tôt ou tard la dégénérescence kystique cancéreuse, etc. Lucas Championnière nous a donné l'observation d'une dégénérescence kystique d'un ovaire hernié; Fargas de Barcelone a rapporté le cas d'un angiosarcome d'un ovaire ectopié; Papen celui d'un cancer de l'ovaire et de la trompe.

De plus, on ne doit pas laisser une femme exposée aux dangers d'une grossesse extra-utérine dans le sac herniaire, qui nécessiterait une intervention à coup sûr moins inoffensive que la cure radicale. Le Gouey, chirurgien de Rouen, a rapporté en 1706 une observation de ce genre.

Quelles sont les contre-indications de la cure radicale? Il n'y en a pas à proprement parler, en dehors des contre-indications générales à toute intervention chirurgicale. Mais il est certaines contre-indications temporaires dont il faut tenir compte, nous voulons dire l'époque des règles et l'époque de la grossesse.

On doit éviter, autant que faire se peut, pour l'opération, l'époque des règles. Il est démontré par l'expérience que l'opération de la hernie, pratiquée chez des femmes à l'époque menstruelle, présente par suite de l'hémorragie consécutive qui tend à se produire, un caractère de gravité qu'elle n'a pas en dehors de cette période. C'est M. Fleury, directeur de l'École de médecine de Clermont-Ferrand, qui a le premier appelé l'attention des praticiens sur cet accident, dans un Mémoire lu à la Société de chirurgie dans la séance du 11 novembre 1863. Dans

son Mémoire, ce chirurgien distingué cite deux cas de kélotomie pratiquée chez deux femmes pendant la période menstruelle, où il vit survenir une hémorragie abondante sans ouverture préalable de vaisseaux importants.

Si l'on réfléchit aux modifications que subissent à l'époque menstruelle les organes génitaux internes de la femme, on se rend bien compte de cette tendance hémorragique temporaire. Au moment des règles, en effet, on observe des phénomènes de congestion intense de tous les organes contenus dans le petit bassin : le sang gorge le tissu de l'utérus qui double presque de volume, à la manière des tissus érectiles : la muqueuse utérine se gonfle, s'épaissit, se plisse sur elle-même, se transforme en un tissu érectile analogue au tissu des corps caverneux. L'ovaire, lui aussi, devient le siège d'une turgescence érectile ; la trompe, les ligaments larges sont tuméfiés ; les parois vaginales elles-mêmes sont augmentées de volume ; la vulve prend une coloration plus foncée et le tissu cellulo-musculaire sous-péritonéal du petit bassin est tout entier turgescant. Ces phénomènes de turgescence ont été bien décrits par Rouget.

On évitera l'époque des règles pour d'autres raisons. La menstruation est la cause de douleurs, qui s'aggravent encore par l'opération, et elle entraîne avec elle une petite élévation de température qui peut préoccuper et tromper sur l'état général de l'opérée.

La grossesse est-elle une contre-indication à l'opération de la cure radicale ?

Lorsqu'on songe que quelques femmes avortent sous

l'influence de causes quelquefois légères, parfois même insignifiantes, il semble tout naturel de penser que les traumatismes un peu violents qui entraînent d'ailleurs avec eux, indépendamment des lésions produites, des impressions morales plus ou moins vives, doivent singulièrement compromettre la grossesse. Mais il faut se défier des idées préconçues.

Les traumatismes les plus violents sont souvent bien supportés par la femme enceinte et sont loin d'avoir sur la grossesse l'influence fâcheuse qu'exercent les maladies fébriles. Cependant, il y a une réserve à faire : lorsque le traumatisme porte sur la cavité abdominale, particulièrement sur la sphère génitale, il détermine facilement l'avortement : or, la cure radicale de la hernie inguinale rentre dans cette dernière catégorie de traumatismes. Aussi pensons-nous que la grossesse doit être considérée comme une contre-indication de la cure radicale, si cette dernière peut, sans inconvénient, être renvoyée à un autre moment. Il n'y a pas d'inconvénients à retarder l'opération, surtout si la hernie est récente, petite et sans adhérences. Dans ces conditions, en effet, le développement progressif de l'utérus en gestation suffit quelquefois pour faire disparaître momentanément une hernie, la portion du péritoine qui forme le sac reprenant sa situation primitive dans l'abdomen, par suite du tiraillement sur les intestins.

Mais il arrive souvent, surtout si la hernie est ancienne et a donné lieu à des adhérences, que la grossesse tend à produire un étranglement ; c'est ce qui arriva dans un cas rapporté par Puzos : la malade mourut, et à l'autopsie, on trouva une partie de l'iléon complètement

étranglée (Puzos, *Traité des accouchements*). Si donc, pendant la grossesse, on redoute des accidents d'étranglement, on doit intervenir : si on ne remarque point de manifestations menaçantes qui puissent être attribuées à la hernie, il est préférable de renvoyer l'opération. Ce n'est pas qu'on ne puisse agir en pareil cas, ni que la malade encoure de bien grands dangers. D'après les exemples que nous avons trouvés, la circonstance de la grossesse, quand l'état général de la femme est satisfaisant, ne paraît pas rendre l'intervention dangereuse pour la mère ; l'opération n'a pas non plus généralement d'action fâcheuse sur le produit de la conception.

Aussi, si les femmes enceintes réclament elles-mêmes l'intervention, parce qu'elles redoutent l'accouchement, on ne devra pas la leur refuser : la hernie peut, en effet, s'étrangler pendant l'accouchement, parce que la contraction vive des muscles qui se fait alors resserre énergiquement l'anneau inguinal.

Les grosses hernies sont une contre-indication à l'opération : la conclusion thérapeutique à tirer de ce fait est la suivante : Opérer les femmes encore jeunes, avant qu'elles aient eu plusieurs grossesses, puisque chez le plus grand nombre d'entre elles le développement considérable de la hernie se produit à la suite de la grossesse.

Les résultats de l'opération des grosses hernies sont mauvais, car il faut tenir compte de l'allongement du mésentère et du relâchement de la paroi et des anneaux. Ces causes persistant après l'opération, elles continueront à agir et ne tarderont pas à reformer un autre sac. La récurrence sera fatale.

De plus, très souvent, et sans que le fait ait encore reçu une explication, on a observé que les femmes à grosses hernies étaient emphysémateuses et prédisposées à la congestion pulmonaire, toutes considérations réclamant plus impérieusement l'abstention.

Restent les contre-indications, communes à toute intervention chirurgicale, savoir le trop jeune âge ou l'extrême vieillesse et les cachexies.

On considère généralement la première enfance comme une contre-indication à la cure radicale à cause des dangers de septicémie créés par la difficulté d'éviter la souillure de la plaie opératoire et des pansements. Chez la petite fille, jusqu'à l'âge de huit ou dix ans, à moins d'indications particulières, on s'abstiendra donc.

Chez la femme, après la ménopause, l'opération est discutable.

Si la femme, bien qu'étant arrivée à la ménopause, n'est pas cachectique, on pourra l'opérer, si sa hernie est le siège de douleurs trop vives ou la cause de troubles digestifs constants.

Mais si la femme est obèse, a des tissus qui ont perdu leur tonicité, un anneau inguinal très élargi par de nombreuses grossesses, si en plus de cela elle est emphysémateuse ou cachectique, la règle est de s'abstenir de toute intervention. Pour cette dernière catégorie de femmes, on se contentera de faire de la chirurgie d'urgence : naturellement la kélotomie est indiquée en cas d'étranglement.

Les cachexies, le diabète, l'albuminurie, la tuberculose, etc., constituent des contre-indications formelles : les bénéfices d'une guérison éphémère ne sont pas à met-

tre en balance avec les risques de l'intervention et nous suivrons dans ces cas la pratique de Guy de Chauillac qui laissait les gens malingres et âgés « vivre avec leur clochement ».

CHAPITRE IV

Résultats opératoires.

La femme bénéficie de l'intervention chirurgicale dans des conditions certainement plus favorables que l'homme et les résultats définitifs sont plus solides chez elles.

Il serait superflu de chercher à prouver la sécurité presque absolue de l'opération : avec une antisepsie rigoureusement appliquée, on n'a plus à redouter aujourd'hui l'ouverture d'un sac herniaire. En outre, nous avons déjà signalé que la femme n'est nullement exposée à un accident qui peut survenir quelquefois chez l'homme, la blessure des éléments du cordon.

L'opération de la cure radicale a donc chez la femme une bénignité plus grande encore que chez l'homme.

Mais ce qui doit décider encore à l'intervention de la hernie chez la femme, ce sont les résultats excellents de cette intervention. La constitution anatomique même de la région et de la hernie permet de comprendre aisément pourquoi la solidité de la cure radicale est mieux assurée

que chez l'homme. Une des causes qui favorisent le bon résultat de l'opération est la congénitalité de la hernie. Nous avons vu que la hernie inguinale de la femme est presque toujours, sinon toujours, congénitale. Elle se produit donc plutôt par la présence d'un orifice naturel, d'un trou de la paroi que par une faiblesse, un effondrement de cette paroi.

Les organes trouvent une voie toute tracée, le canal de Nüek, mais la paroi n'en a pas moins conservé toute sa résistance. On comprend donc que, si l'on arrive dans le cours d'une cure radicale à former une cicatrice solide qui ferme ce canal, la récurrence ne sera guère possible.

De plus, l'opération est susceptible de donner des résultats plus solides et plus permanents que chez l'homme à cause de la destruction du ligament rond, qui assure une réunion de la paroi sans fissure aucune où puisse se faire une *amorce* de hernie. L'accolement des parois musculaires constitue une cicatrice parfaite. Chez l'homme au contraire, la fissure intermusculaire nécessitée par le passage du cordon spermatique est une cause de récurrence fréquente de la hernie inguinale.

De plus, l'absence du cordon spermatique permet chez la femme de mieux obturer le canal en prenant les tissus plus largement. On rapproche fortement les points de suture, on resserre ainsi toute la périphérie du canal, et on constitue dans cette région une masse dure et solide qui plus tard formera une *colonne cicatricielle*.

Cette colonne cicatricielle s'oppose énergiquement à toute tentative de récurrence : elle n'existe à un si haut degré que chez la femme et dans la hernie inguinale.

La hernie de la femme est le plus souvent petite, inguino-interstitielle, et c'est là une nouvelle condition assurant le succès de l'opération. On sait en effet que les petites hernies sont les plus favorables au point de vue du résultat : les hernies très volumineuses, surtout celles qui renferment une partie du gros intestin, sont en général de mauvais cas pour l'avenir et récidivent le plus souvent.

Une autre cause qui assure, chez la femme, dans une certaine mesure, la guérison définitive, est l'épaississement du péritoine constituant le sac de la hernie et la riche vascularisation de ce diverticulum péritonéal. Cette particularité, que M. le professeur Poncet a souvent vérifiée dans le cours de ses opérations, tient peut-être à ce que le sac herniaire se forme aux dépens du repli péritonéal très vasculaire qui enveloppe l'ovaire pendant la vie foetale.

On n'a donc aucune crainte à avoir que la cicatrisation du pédicule du sac ne se fasse pas ou se fasse mal, si la ligature a été bien appliquée.

Pour toutes ces raisons, la guérison définitive est sûre chez la femme : c'est déjà un premier résultat. La persistance des résultats obtenus par le chirurgien est encore assurée par le mode des occupations de la femme.

Chez l'homme, à cause des efforts plus ou moins violents auxquels l'expose la nature de son travail, les chances de rupture de la paroi sont bien plus grandes que chez la femme, astreinte à des travaux moins pénibles, ou, dans tous les cas, moins sujette à des exercices violents.

Mais la femme retire encore bien d'autres avantages de l'opération.

Un premier bénéfice à signaler tout d'abord est l'amé-

lioration notable de l'état général à la suite de la cure radicale. Tous les sujets opérés, quel que fût leur âge, ont bénéficié de l'intervention. Les phénomènes de nutrition générale se modifient sous l'influence de la disparition des troubles gastriques et des troubles nerveux occasionnés par la hernie.

Un deuxième bénéfice retiré de l'intervention est la suppression de la douleur par la disparition de ses causes (adhérences viscérales, présence de l'ovaire ou des annexes dans le sac herniaire).

Un autre bénéfice, assez important chez la femme pour qu'on en tienne compte, est la suppression du bandage.

Complications. — Peut-on dire que la femme ne court aucun danger? Nous ne voudrions pas être aussi affirmatif, bien que nous soyons persuadé, qu'avec une opération bien conduite les complications sont très rares, exceptionnelles même.

Comme toute intervention sanglante, la cure radicale peut dans certains cas entraîner des accidents.

Une première complication est l'hémorragie abondante qui peut se produire pendant l'opération. Il y a souvent, en même temps que la hernie, un état variqueux très prononcé des vaisseaux qui suivent le ligament rond et qui se terminent dans les grandes lèvres, les veines utéro-ovariennes, la funiculaire, branche de l'épigastrique, la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne, la honteuse externe supérieure et la honteuse externe inférieure, toutes deux branches de la fémorale.

A côté de cette hémorragie externe, dont on peut facilement se rendre maître avec les moyens dont on dispose,

nous devons signaler la possibilité d'une hémorragie interne du pédicule du sac. Cette hémorragie est favorisée chez la femme par l'extrême vascularisation de la partie du péritoine qui forme le sac : cependant, elle se produit rarement si la ligature a été fortement serrée et si on a eu soin d'éviter, pour opérer, la période menstruelle qui crée, comme nous l'avons vu, une imminence hémorragique dangereuse.

A la suite de la cure radicale, on a vu se produire quelquefois un abcès de la grande lèvre. Cet accident est arrivé chez une malade de M. Lucas Championnière.

D'ailleurs nous croyons que cet accident, léger il est vrai, peut être évité, si on a soin de pratiquer l'incision le plus haut possible, pour ne pas trop rapprocher la plaie de la vulve.

Enfin signalons, pour mémoire, une complication redoutable qui se produisait souvent autrefois, mais qui devient maintenant de plus en plus rare, grâce aux progrès de la chirurgie antiseptique : la péritonite septique.

Un accident fréquent à la suite de l'opération de la cure radicale est la congestion pulmonaire. Les hernieuses ont une tendance spéciale à la congestion pulmonaire et à l'emphysème : il serait intéressant de rechercher la relation qui peut exister dans l'apparition simultanée de ces deux états pathologiques, mais, au point de vue qui nous occupe, c'est une complication tout à fait indépendante de l'intervention chirurgicale.

En somme, la cure radicale de la hernie inguinale est une opération bénigne, et qui n'a pour ainsi dire pas de mortalité. Chez les opérées de M. le professeur Poncet, non seulement nous n'avons relevé aucune mort, mais

même pas d'accidents légers, tels qu'abcès de la grande lèvre, hémorragies, etc.

Récidives. — On ne peut pas dire que la hernie inguinale de la femme ne récidive jamais, tant il est vrai qu'il n'y a rien d'absolu en clinique.

A priori, on peut craindre que l'évolution d'une grossesse ne soit une occasion redoutable de récidive. Cette circonstance présente en effet des chances de récidive, mais il ne faut pas se les exagérer. L'expérience des laparotomies nous a déjà appris que les cicatrices, même étendues, de la paroi abdominale résistent parfaitement à la distension de la grossesse.

M. Lucas-Championnière a rapporté l'observation d'une malade qu'il opéra d'une hernie énorme et qui put franchir deux grossesses sans que la hernie ait récidivé. C'est une femme de trente ans, porteur d'une hernie inguinale droite, très volumineuse, datant de treize ans : quand elle était debout, la hernie descendait jusqu'au genou. Elle fut opérée le 5 juillet 1881 par M. Lucas-Championnière.

Dissection d'un énorme sac. Excision d'une quantité de peau considérable. 5 ligatures en chaîne sur le collet. Drainage. Triple lambeau cutané suturé en autoplastie. Cette femme fut revue en 1887. Elle accoucha en 1888 sans accidents du côté de sa cicatrice herniaire. Elle accoucha de nouveau en 1891, eut un travail très laborieux, et cependant sa paroi est restée parfaitement solide.

On comprend bien que, si une femme, opérée dans des conditions si exceptionnelles, a pu supporter sans accidents deux grossesses consécutives, toute autre opérée dans des

circonstances plus favorables n'aura pas à redouter la récurrence de sa hernie.

Après l'opération, le port d'un bandage est inutile chez la femme. Les conditions qui pourraient favoriser la production d'un nouveau trajet herniaire n'existent plus. La fissure intermusculaire, à travers laquelle passe le cordon spermatique chez l'homme, n'existe pas chez la femme, puisque le ligament rond a été réséqué. L'accolement des parois musculaires est parfait, dès lors tout bandage est inutile. D'autant plus qu'avec le temps la guérison se perfectionne : la cicatrice, d'abord large, se rétracte, se durcit, formant une colonne cicatricielle qui défie toute récurrence.

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet)

*Cure radicale de hernie inguinale droite, chez une jeune fille
âgée de vingt-cinq ans.*

Mademoiselle B..., vingt-cinq ans, demeurant à Villeurbanne. La hernie remonte à la première enfance. La mère de la malade s'en serait aperçue, alors qu'elle était âgée de trois ans et demi. Pendant toute son enfance, elle a été plus ou moins incommodée par cette tumeur qui sortait au moindre effort et qui avait, dit-elle, le volume d'un petit œuf. Différents bandages contenaient mal la hernie, aussi la malade les portait-elle d'une façon irrégulière. Depuis deux ans, très désireuse de se marier, elle s'était astreinte au port d'un bandage herniaire qui n'empêchait pas la hernie de sortir de temps à autre, et qui était assez mal supporté. Au mois

d'octobre 1892, la malade fut examinée par M. le professeur Poncet qui reconnut une hernie inguinale droite, réductible, du volume d'un œuf de poule : il proposa la cure radicale de la hernie qu'il pratiqua le 19 octobre.

Opération suivant les règles habituelles ; le sac mesure 6 centimètres environ de longueur ; il est vide, sa paroi interne est d'une coloration rosée, sans brides, sans aucune adhérence ; épaissement notable du ligament rond, qui se confond intimement avec le sac, et qui fait saillie sous forme d'une véritable bride du côté de la paroi interne. Dissection minutieuse du sac, ligature avec catgut aussi haut que possible au-dessus du collet. Trois points de suture unissent les piliers.

5 novembre. — Après un premier pansement, guérison complète.

La malade a été revue le 1^{er} décembre dernier par M. le professeur Poncet : une masse cicatricielle sous forme de plastron répond au siège de l'opération. La guérison paraît complète. On déconseille le port d'un bandage.

OBSERVATION II (personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet)

Cure radicale de hernie inguinale droite, chez une jeune fille de vingt-quatre ans.

Jeanne B..., vingt-quatre ans, domestique, entrée le 17 juillet 1892, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit n° 18.

Comme antécédents héréditaires : mère morte subitement en 1886, pas de hernie. Père, maçon, mort d'accident, avait une hernie ; trois sœurs, trois frères qui n'ont pas de hernies.

Comme antécédents personnels : rougeole à cinq ans. Bonne santé habituelle. Réglée à douze ans : règles irrégulières, peu abondantes.

La hernie a apparu pour la première fois à la fin du mois de juin. Auparavant, la malade était sûre de n'avoir aucune grosseur, à la place qu'occupe actuellement la hernie. Domestique chez un épicier, en soulevant un bidon de 25 litres, elle ressentit subitement une forte douleur dans l'aîne, qui s'irradia dans le dos et le cou. Inquiète, elle eut la curiosité de regarder cette région et vit une tumeur de la grosseur d'une petite noix, qu'elle put faire rentrer elle-même en la comprimant avec la main. Pendant les quinze jours qui suivirent, l'état reste stationnaire : la malade ne souffrait pas de sa hernie ; le matin au réveil la hernie était rentrée complètement et ne ressortait dans la journée qu'à la suite d'efforts un peu brusques.

Après un laps de temps de quinze jours, la malade ayant fait une longue marche, s'aperçut que sa hernie était devenue plus grosse et rentrait plus difficilement. Elle porta alors un bandage anglais qui contenait assez bien la hernie.

Le 14 juillet, la malade, en dansant dans un bal champêtre, reçut un violent coup de pied sur le mollet droit ; elle ne ressentit pas de bien vives douleurs sur le moment ; mais le lendemain vendredi 15, elle s'aperçut que le mollet droit était gonflé, avec de larges ecchymoses, excessivement douloureux à la pression et à la marche. Elle alla consulter M. le professeur agrégé Jaboulay qui lui ordonna le repos. Mais cette jeune femme, croyant à une relation de cause à effet entre son hématome du mollet et sa hernie, réclama la cure radicale de sa hernie à M. Jaboulay qui lui conseilla pour cela d'entrer à l'hôpital.

La malade entre le dimanche 17 juillet à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, à l'examen on constate dans la région de l'aîne du côté droit, une grosseur du volume d'un œuf de pigeon, mal circonscrite, facilement réductible.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Opération classique le mardi 19 juillet.

20 juillet. — Le lendemain de l'opération, la malade présente les symptômes d'une bronchite légère ; à chaque accès de toux, elle ressent une douleur vive à l'endroit opéré.

26 juillet. — On enlève le premier pansement. La plaie se

présente sans la moindre goutte de pus et s'est magnifiquement cicatrisée par première intention. On enlève les huit sutures au fil d'argent, et on refait un petit pansement avec une bande de gaze iodoformée, du coton et un spica simple.

1^{er} août. — La malade sort de l'hôpital. Guérison complète.

La malade a été revue par nous le 17 novembre. La guérison est définitive : toutefois la malade continue à porter bandage : nous l'engageons à le quitter.

La malade a été revue de nouveau le 8 décembre dans le cabinet de M. le professeur Poncet. Au-dessous de la cicatrice cutanée, on a de la peine à retrouver l'orifice inguinal externe dont le doigt est séparé par une couche de tissu cicatriciel qui paraît s'engager plus ou moins dans le canal. Lorsque la malade fait un effort, lorsqu'elle tousse, on ne sent aucune pointe de hernie : elle se dit du reste complètement guérie et n'éprouve à ce niveau aucune sensation anormale.

Huit jours après être sortie de l'Hôtel-Dieu, elle avait dû, malgré les recommandations qui lui avaient été faites de garder le repos, reprendre son travail de domestique, et dans la crainte de voir sa hernie se reproduire elle avait repris son bandage herniaire. Lorsque nous l'avons examinée dans le cabinet de M. le professeur Poncet, elle avait depuis huit jours quitté son appareil et ne paraissait plus avoir aucune appréhension sur le retour de sa hernie.

OBSERVATION III

(Publiée dans le *Lyon médical*, Novembre 1891.)

Cure radicale d'une hernie de l'ovaire gauche. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Guérison.

Au point de vue des antécédents de M^{lle} C..., nous trouvons à noter que son grand-père et son père avaient été atteints tous les deux de hernies.

C'est à l'âge de sept ans que la malade s'est aperçue qu'elle était atteinte d'une petite hernie inguinale gauche. Elle porta un bandage depuis ce moment.

A seize ans, menstruation, peu de phénomènes douloureux au niveau de la hernie. Jamais d'ailleurs, au moment des règles, la malade ne s'est aperçue que sa hernie soit augmentée de volume ou soit douloureuse.

Pendant longtemps la tumeur était réductible, mais depuis quelques années la réduction était devenue impossible. La malade accusait des douleurs dans les reins toutes les fois qu'elle voulait se livrer à un travail fatigant, et même depuis quelque temps ces douleurs avaient augmenté au point qu'elle ne pouvait plus faire aucun effort. La marche était également une cause de grande fatigue. Elle était disposée à accepter n'importe quelle opération qui pût amener un soulagement à cet état devenu insupportable.

A son entrée à l'hôpital, on constatait la présence d'une tumeur dure, non réductible, un peu douloureuse à la pression. Par la forme et les dimensions de la petite masse que l'on sentait, M. le professeur Poncet avait pensé à un ovaire en ectopie.

L'opération qui fut faite le 28 septembre 1891 vérifia ce diagnostic.

On trouva un sac mince avec collet donnant au doigt la sensation d'une bride coupante au niveau de l'orifice interne. L'ovaire, de volume normal, était très blanchâtre et présentait à sa surface de petites cicatrices. Le ligament se confondait avec les parois du sac.

Auparavant on débride le collet, on ne peut pas réduire complètement et procéder à la cure radicale par excision du sac. On excise donc la trompe et l'ovaire. Suture facile des piliers

Par l'examen, on voit qu'à la coupe l'ovaire présente trois ou quatre petits kystes du volume d'un pois et trois petits caillots. La trompe est oblitérée et se termine en cul-de-sac à 7 ou 8 centimètres du pavillon. Cette oblitération de la trompe n'est certainement pas due à un arrêt de développement, mais bien plutôt à un processus inflammatoire. C'est probablement la bride que l'on sentait au niveau de l'orifice interne qui a provoqué l'oblitération et la section de la trompe.

Cette observation montre tout l'intérêt qu'il y a à examiner toujours les annexes, à cause de relations qui existent si fréquemment entre les hernies inguinales et les lésions des annexes. De même en effet que chez l'homme on voit certaines hernies congénitales coïncider avec un développement incomplet des testicules, de même chez la femme on observe des hernies inguinales avec des lésions atrophiques ou dégénératives des annexes. Il faut donc toujours les examiner, sauf à les réduire s'ils sont sains, ou s'ils ne paraissent pas devoir être la cause d'accidents.

Du reste notre malade guérit très bien. Nous n'avons pu la revoir nous-même ; mais M. le D^r Ferlin, de Valence, qui l'avait adressée à M. le professeur Poncet, a eu l'extrême obligeance de nous donner les renseignements les plus complets sur les suites de cette opération. Nous prions M. le D^r Ferlin de vouloir bien accepter nos remerciements les plus sincères.

Il nous écrivait à la date du 18 novembre 1892 :

Mademoiselle C..., va aussi bien que possible. Le résultat est parfait, la cicatrice est d'une solidité absolue et la malade n'a plus repris de bandage. Il semble que les malaises neurasthéniques de Mademoiselle C... se soient amendés depuis l'opération pratiquée par M. le professeur Poncet ; la digestion surtout est bien meilleure ; la malade a engraisé.

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jaboulay.)

*Cure radicale de hernie inguinale droite chez une jeune fille
de vingt-quatre ans.*

Antoinette G..., vingt-quatre ans et demi, entre le 4 septembre 1891 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, lit n° 92, pour une hernie inguinale droite.

Elle a encore son père et sa mère qui n'ont pas de hernies. Elle vit apparaître sa hernie il y a deux ans, en 1889, à la suite d'un effort. Elle était assez petite, mais très douloureuse. Elle porta pendant un an, mais à intervalles irréguliers, un bandage qui la faisait beaucoup souffrir et qui provoquait continuellement des excoriations, si bien qu'après un an elle quitta son bandage pour ne plus le reprendre.

Constamment préoccupée de sa hernie qui ne cessait d'être douloureuse, on la vit changer de caractère et devenir triste et maussade; très ennuyé de [cet état de choses, son amant la décida à aller consulter un médecin, qui lui proposa d'entrer à l'Hôtel-Dieu pour y subir l'opération de la cure radicale.

C'est alors qu'elle entra dans le service de M. le professeur agrégé Jaboulay. Elle fut opérée le 7 septembre 1891.

Opération. — L'aponévrose et même le *fascia superficialis* forment un sac qui descend dans la grande lèvre droite et s'y continue avec le fascia du pourtour de l'orifice: ce qui éclaire les connexions anatomiques du fascia et de la bourse des grandes lèvres. Dans ce premier sac, on trouve le vrai sac péritonéal qui est graisseux en dedans et en dehors. L'intestin étant réduit et le sac vide, on sent quand même dans la région du canal inguinal rouler une masse qui se froisse sous le doigt, donnant la sensation d'épiploon sous-jacent: c'est précisément le sac graisseux. Dissec-

tion du sac jusqu'à l'orifice interne. Ligature circulaire haut placée. Sutures étagées en trois plans de la paroi.

La malade sortit guérie au bout de 8 jours. Nous l'avons revue le 11 décembre 1892 : la jeune fille se montre très satisfaite de l'opération, ses douleurs ont complètement disparu et elle a repris son ancienne gaieté. La cicatrice est dure et, par moments, un peu douloureuse, mais il n'y a pas traces de récurrence de hernie et la toux ne provoque l'apparition d'aucune saillie au niveau de la région occupée antérieurement par la hernie. Elle n'a porté aucun bandage après l'opération.

OBSERVATION V (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

Hernie inguinale gauche. Prolapsus de l'utérus. Cure radicale de la hernie inguinale. Raccourcissement des deux ligaments ronds.

Au mois de novembre 1888, Madame M... de la Grive (Isère) vient consulter M. le professeur Poncet pour des troubles abdominaux graves, à point de départ utérin. Elle est âgée de trente-huit ans : elle a eu il y a neuf mois un accouchement gémellaire. A la fin de la grossesse, son ventre avait pris un développement considérable. L'accouchement ne présenta aucune particularité, mais au douzième jour de ses couches, elle se leva brusquement de son lit, sauta à terre pour secourir un de ses enfants malades. Dans cet effort, chute foudroyante de l'utérus qui vint faire hernie entre les cuisses de la malade. Depuis lors, écoulement leucorrhéique, troubles fonctionnels dus à des modifications de la statique abdominale et qu'explique un relâchement si considérable de la paroi que la malade paraît porteur d'une éventration totale. Le col de l'utérus fongueux hypertrophié descend jusqu'à la vulve ; l'utérus est en rétroflexion. On constate à gauche une hernie ingui-

nale qui daterait de quelques mois, hernie complètement réductible et dont le volume est celui d'un gros œuf de poule. La malade se plaint beaucoup de sa hernie et lui attribue en partie ses maux.

5 décembre. — Curettage de l'utérus. Cautérisation ignée interstitielle du col. Suites opératoires des plus simples. Après cette opération la malade se trouva notablement soulagée, l'écoulement leucorrhéique disparut et elle retourna très améliorée chez elle, où elle devait passer quelques mois. Elle revint à Lyon dans une maison de santé le 1^{er} mai 1889, se plaignant de son prolapsus utérin et de sa hernie inguinale. Le 19 mai, M. le professeur Poncet lui pratiqua l'opération d'Alexander et en même temps la cure radicale de la hernie. Les suites opératoires furent des plus simples, et lorsque, à la fin du mois de juin, la malade quitta la maison de santé, l'utérus paraissait bien maintenu dans sa nouvelle position par le raccourcissement des ligaments ronds ; quant à la hernie, elle ne s'était pas reproduite ; mais, en raison de l'éventration, M. le professeur Poncet conseilla le port d'une ceinture abdominale avec pelote inguinale gauche. Depuis ces diverses interventions chirurgicales, l'état général de la malade s'est fort heureusement modifié et les troubles neurasthéniques dont elle était atteinte ont à peu près complètement disparu, de telle sorte qu'elle a pu reprendre une vie normale, vaquer comme toutes les femmes aux occupations de son ménage, tandis qu'auparavant elle ne sortait de son lit que pour s'étendre sur une chaise longue.

Cette malade a été revue par M. le professeur Poncet, le 8 décembre 1892 ; son état général continue à être bon, elle est réglée régulièrement et n'accuse aucun symptôme d'origine utérine. Le prolapsus ne s'est du reste pas reproduit ; le col, quoique un peu bas, est éloigné de la vulve de 4 à 5 centimètres environ. Quant à la hernie inguinale gauche, elle s'est reproduite, mais elle n'entraîne aucun symptôme particulier, car la malade a toujours continué à porter sa sangle abdominale avec pelote inguinale. Le relâchement de la paroi abdominale justifie le port d'une ceinture qu'elle ne devra probablement jamais quitter. Le bénéfice qu'elle a retiré de la cure radicale de sa hernie est celui de ne

plus éprouver de douleurs au niveau de ce nouveau sac, tandis qu'auparavant la hernie était le siège de douleurs et de malaises divers.

Chez cette malade, il y a eu récurrence de la hernie, mais cette récurrence s'explique par l'état même du ventre. Malgaigne nous a appris que la forme du ventre était une condition dont il fallait tenir compte. Comment compter sur une guérison solide et définitive chez une femme qui avait un relâchement si grand de la paroi abdominale qu'elle paraissait porteur d'une éventration? Elle ne pouvait pour ainsi dire pas échapper à une récurrence. Malgré cela, M^{me} M... a retiré un immense avantage de la cure radicale, celui de la disparition de ses douleurs.

OBSERVATION VI (Lucas-Championnière)

Femme de trente ans. Enorme hernie inguinale droite, datant de treize ans. Opérée le 5 juillet 1881. Dissection d'un énorme sac. Excision d'une quantité de peau considérable, cinq ligatures en chaîne sur le collet. Drainage. Triple lambeau cutané, suturé en autoplastie.

Résultats. — Revue en 1887. Restée guérie. Nouvelles en 1888, est accouchée. Même état. Porte bandage. Nouvelles en 1891. Accouchée une seconde fois. Porte bandage. Etat identique.

OBSERVATION VII (Lucas-Championnière)

Femme de trente-huit ans. Hernie inguinale droite, datant de six ans. Accidents d'engouement. Opérée le 26 janvier 1885. Résection d'épiploon adhérent. Adhérences intestinales. Deux fils de catgut sur le pédicule, sutures perdues.

Résultats. — Revue au bout de quelques mois, reste guérie, ne portant pas bandage.

OBSERVATION VIII (Lucas-Championnière).

Femme de quarante-deux ans. Hernie inguinale droite de l'ovaire avec épiploon. Fusion de ces éléments dans la grande lèvre. Douleurs très vives au moment des règles. Opérée le 7 juin 1887. Extirpation de l'ovaire et de l'épiploon herniés. La résection a été faite à la partie supérieure du canal sans qu'on pût abaisser la séreuse comme de coutume.

Résultats. Guérison complète le douzième jour. Nouvelles dix mois après. Les résultats sont des plus satisfaisants. Disparition des douleurs. Aucun signe de hernie. Nouvelles en 1891. Très bon état.

OBSERVATION IX (Lucas-Championnière)

Femme de cinquante ans. Hernie inguinale gauche énorme datant de 1870. N'a jamais eu d'enfants. Opérée le 30 août 1887. Dissection facile du sac qui contient beaucoup de gros intestin et d'intestin grêle, mais pas d'épiploon. Réduction laborieuse, ligament rond volumineux inséré sur le sac.

Résultats. Guérit très bien de l'opération malgré un abcès de la grande lèvre. Meurt au mois de novembre.

A l'autopsie, on constate des lésions ayant occasionné la mort et tout à fait étrangères à l'opération; les intestins présentent des ulcérations de nature tuberculeuse. Les poumons sont très congestionnés. Localement, la face abdominale de la région opérée est très intéressante. On trouve une surface cicatricielle étoilée, sans trace de dépression, formant plutôt une petite saillie. Toute apparence de prédisposition herniaire a disparu. La paroi cicatricielle au-dessous est très solide.

OBSERVATION X (Lucas-Championnière).

Femme de cinquante-deux ans. Hernie inguinale droite très ancienne, petite, toujours douloureuse. A gauche, hernie volumineuse, mal contenue, formée par l'ovaire, la trompe et une faible portion d'épiploon. Opérée de sa hernie droite le 30 août 1887. Paroi du sac très épaisse. Pas de viscères, mais sorte de cloisonnement. Collet disséqué très loin.

Résultats. Quand elle est revenue en février 1888, le résultat est constaté comme tout à fait satisfaisant.

Opérée le 14 février 1888 de sa hernie gauche. Ouverture d'un sac épais qui contient une petite quantité d'épiploon adhérente au sac. Résection de cet épiploon (4 gr.). Derrière, on trouve la trompe qui fait partie du sac et le ligament rond. En tirant sur ce dernier, l'ovaire est attiré. Deux fils en chaîne sous la trompe d'une part et sous l'ovaire de l'autre; excision de ces organes. Dissection du sac le plus haut possible. Deux fils placés sur les débris du ligament rond pour les exciser. Trois sutures perdues.

Résultats. Sort en très bon état avec un bandage Rainal double. Plus de douleurs. Cette femme est revenue se montrer trois mois après la deuxième opération et neuf mois après celle du côté droit; les résultats sont excellents, aussi bien au point de vue de l'absence de hernie qu'au point de vue de la disparition de la douleur. Elle a été revue beaucoup plus tard, époque non indiquée.

OBSERVATION XI (Lucas-Championnière).

Femme de vingt-huit ans. Hernie inguinale droite, douloureuse. Opérée le 16 août 1888. Sac contient du liquide en abondance et sur ses parois présente deux ou trois kystes. La paroi interne du sac paraît constituée en partie par le ligament rond hypertrophié, et en partie par l'ovaire détruit qui forme une sorte de revêtement épais, aux dépens duquel se sont développés les kystes. Dissection

laborieuse du sac. Deux fils perdus, dont un ramené. Deux sutures perdues. Drain.

Résultats. Sortie en très bon état. Revue le 25 décembre 1888. Pas la moindre impulsion.

OBSERVATION XII (Lucas-Championnière).

Femme de dix-neuf ans. Hernie inguinale congénitale gauche. Souffre depuis deux ans. Opérée le 18 mai 1890. Sac vide. Résection très haut du sac et du ligament rond (deux fils). Trois sutures perdues.

Résultats. Vue en décembre 1891. Très bon état. Très solide.

OBSERVATION XIII (Lucas-Championnière)

Femme de vingt-sept ans. Hernie inguinale congénitale droite. Tentative de bandage; douleur. Opérée le 4 juin 1890. Poche kystique. Résection de parties qui semblent des vestiges de l'ovaire et de la trompe dégénérés. Deux fils sur le pédicule. Trois sutures perdues. Drain.

Résultats. — Revue le 14 février 1892. Très bonnes conditions. Toutes douleurs disparues. Absolument solide (vingt mois).

OBSERVATION XIV (Lucas-Championnière).

Femme de vingt-neuf ans. Hernie inguinale droite. Ne daterait que de deux ans. Douloureuse. Saillie petite au-dessus de la vulve. Opérée le 8 janvier 1891. Sac très dur disséqué. Canal étroit, avec infundibulum péritonéal attiré et réséqué très haut (deux fils). huit catguts perdus, un drain.

Résultats. — Sort en excellent état. Revue au bout de deux mois; bien solide.

OBSERVATION XV (Lucas-Championnière).

Femme de vingt-huit ans. Hernie inguinale congénitale, douloureuse, sac contenant l'ovaire petit, sain en apparence, laissé en place. Sac disséqué très haut (deux fils), cinq sutures perdues, sept crins, un drain.

Résultats. — Suites très simples. Nouvelles excellentes en septembre 1891.

OBSERVATION XVI (Lucas-Championnière).

Femme de vingt ans. Hernie inguinale gauche, n'existerait que depuis deux ans. Bandage douloureux. Opérée le 13 mars 1891. Détachement facile du sac sur la grande lèvre et dissection.

Résultats. — Sort au bout de vingt-huit jours. Revue au bout de quatre mois, très bon état.

OBSERVATION XVII (Lucas-Championnière).

Femme de vingt-huit ans. Hernie inguinale droite congénitale. Opérée le 26 mai 1891. Sac facile, grand, sans épiploon. Ligament rond dans la paroi du sac.

Résultats. — Suites simples. Nouvelles excellentes le 13 août 1891 (5 mois).

OBSERVATION XVIII (Lucas-Championnière).

Femme de vingt-deux ans. Hernie inguinale gauche peu volumineuse. Douleur depuis quatre mois, surtout debout. Opérée le 23 avril 1891. Sac épais cloisonné. Epiploon réséqué.

Résultats. — Sort au bout de trente-sept jours. Etat excellent, aucune douleur.

OBSERVATION XIX (Lucas-Championnière).

Femme de quarante-trois ans. Opérée d'une hernie inguinale droite il y a six mois : actuellement récidive de ce côté et hernie inguinale gauche. Cure radicale à droite où elle souffre beaucoup pour l'opération.

Résultats. — Sort au bout de vingt-neuf jours, état excellent. Toutes douleurs disparues. Revue sans date.

OBSERVATION XX (Lucas-Championnière)

Femme de vingt-quatre ans. Hernie inguinale gauche, peu douloureuse. Opérée le 11 août 1891. Sac peu épais sans grande connexion avec la grande lèvre; contient le ligament rond. Résection.

Résultats. — Suites simples. Sort au bout de vingt-quatre jours. Etat très satisfaisant.

OBSERVATION XXI (Lucas-Championnière)

Jeune fille de dix-huit ans. Hernie inguinale droite douloureuse. Bandage depuis six mois. Intolérable. Opérée le 14 août 1891. Incision très élevée. Sac dur, épais en dedans, inséré solidement sur la grande lèvre. Résection très haut du sac et du ligament rond.

Résultats. — Suites simples. Sort au bout d'un mois et demi. Cicatrice tout à fait solide.

OBSERVATION XXII (Lucas-Championnière)

Femme de trente-deux ans. Hernie inguinale double. Grosse surtout à gauche. Douleurs de ce côté. Opérée le 12 novembre 1891. Sac vide. Ligament rond accolé au sac. Dissection.

Résultats. — Sort au bout d'un mois en parfait état.

OBSERVATION XXIII (Lucas-Championnière)

Femme de vingt-huit ans. Hernie inguinale double, grosse surtout à droite. Douleurs. Ne souffre pas à gauche. Opérée le 10 décembre 1891. Dégagement du sac et de débris du ligament rond, très vasculaire, mais moins adhérent que d'habitude.

Résultats. — Sortie en excellent état au bout de vingt et un jours.

CONCLUSIONS

La cure radicale de la hernie inguinale chez la femme est une excellente opération, soit au point de vue des résultats immédiats, soit au point de vue des résultats éloignés.

Sur vingt-trois observations que nous avons réunies, nous ne trouvons aucune mort, en dehors d'un seul cas, appartenant à M. Lucas-Championnière (obs. IX) et que l'on peut considérer comme indépendant de l'opération à proprement parler.

Au point de vue des résultats définitifs, nous n'avons trouvé qu'une récurrence, et encore, dans cette observation de M. le professeur Poncet (obs. V), la récurrence devait-elle être considérée comme fatale, par suite de l'état de la malade et du relâchement considérable des parois abdominales. Même dans ces cas, l'opérée a retiré un bénéfice de l'opération : la hernie reproduite était moins

douloureuse, moins volumineuse et la contention avec un bandage herniaire plus facile.

Les avantages de la cure radicale sont considérables : la suppression de cette infirmité chez la femme trouve dans le sexe des indications particulières, alors que le sujet est en outre mis définitivement à l'abri des accidents qui peuvent compliquer toute hernie.

Les indications de la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme sont, comme indications générales, celles de toutes les hernies : pour M. le professeur Poncet, du seul fait qu'une hernie inguinale existe, on doit chercher à en obtenir la guérison par la cure radicale. Il est, en somme, presque superflu de chercher des indications dans l'irréductibilité, dans une contention imparfaite, etc. : l'innocuité des suites opératoires et les bons résultats éloignés obtenus justifient pour nous l'opération, à moins de contre-indications spéciales.

Ces contre-indications relèvent à peu près exclusivement de l'âge ou de l'état général de la malade : chez les petites filles jusqu'à l'âge de huit ou dix ans, à moins d'indications particulières on pourra attendre : mais il serait inutile de renvoyer l'opération à une date plus éloignée : ne voyons-nous pas en effet, d'après plusieurs de nos observations, que le port d'un bandage n'a servi qu'à dissimuler l'infirmité sans amener sa guérison ?

Chez la jeune fille, chez l'adulte, nous ne voyons aucune contre-indication en dehors de l'état général. A un âge avancé, en dehors d'accidents d'étranglement nécessitant la kélotomie et consécutivement les manœuvres nécessaires pour la cure radicale, nous pensons qu'il faudra souvent s'abstenir. C'est ainsi que chez les femmes âgées,

au delà de cinquante ans par exemple, sans que nous puissions, on le comprend, fixer de limites d'âge, il peut être préférable de s'abstenir. Ne voit-on pas consécutivement à ces opérations, des broncho-pneumonies plus ou moins graves se produire, alors que, pour M. le professeur Poncet et M. Lucas-Championnière, il existe entre l'opération et cette complication une relation de cause à effet.

Il résulte de nos observations que la cure radicale d'une hernie inguinale chez de jeunes sujets et pendant la période active de la vie, doit être généralement conseillée et pratiquée; mieux que chez l'homme l'opération assure une guérison définitive.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — De la hernie inguinale chez la femme.	9
CHAPITRE II. — De la cure radicale. Ses avantages . . .	13
CHAPITRE III. — Indications et contre-indications. . . .	17
CHAPITRE IV. — Résultats opératoires	27
OBSERVATIONS CLINIQUES	33
CONCLUSIONS	49

